

**AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N.5
"BASSA FRIULANA"**

*SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT
Distretto Sanitario Ovest*

Latisana

San Giorgio di N.

Cognome..... Nome..... Età Sesso F M
 Nato/a a..... Il..... Residente a.....
 Via..... Tel..... CRA.....
 Attività sportiva..... C.F.....
 Società..... di.....
 Visite effettuate: SI NO (in quali anni.....)

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

A) 1. IN FAMIGLIA CI SONO STATI CASI DI:

- | | | | | |
|----|----------------------------|----|----|----------|
| 1. | Pressione alta | NO | SI | chi..... |
| 2. | Malattie di cuore | NO | SI | chi..... |
| 3. | Diabete | NO | SI | chi..... |
| 4. | TBC | NO | SI | chi..... |
| 5. | Morte improvvisa giovanile | NO | SI | chi..... |
| 6. | Malformazioni congenite | NO | SI | chi..... |

2.

- | | | | | |
|----|---------------------|----|----|--|
| 1. | fumo | NO | SI | Quante sigarette al giorno?.....
Da quanti anni?..... |
| 2. | Alcolici | NO | SI | Quantità?..... |
| 3. | Menarca (età)..... | | | Data ultima mestruazione..... |
| 4. | Allergie | NO | SI | A cosa..... |
| 5. | Malattie di cuore | NO | SI | quali..... |
| 6. | Malattie ai polmoni | NO | SI | quali..... |

7. Malattie ai reni NO SI quali.....
8. Soffri di qualche malattia NO SI specificare.....

3. HAI MAI SUBITO:

9. Interventi chirurgici NO SI
 quali data.....
 data.....
10. Infortuni o lesioni gravi NO SI..... data.....
11. Traumi cranici NO SI..... data.....
12. Ricoveri in Ospedale NO SI..... data.....
13. Vaccinazioni eseguite:.....
14. Usi farmaci? NO SI perché.....
 Quali..... dosi.....

- B) 1. Attività sportiva attuale.....
2. Impegno fisico
- | | | |
|------------------|----|----|
| 1. Notevolissimo | NO | SI |
| 2. Notevole | NO | SI |
| 3. Medio | NO | SI |
| 4. Leggero | NO | SI |
3. Durante l'attività fisica hai mai accusato:
- | | | |
|---|----|----|
| 1. Palpitazioni | NO | SI |
| 2. Dolori al cuore | NO | SI |
| 3. Svenimenti | NO | SI |
| 4. Grande stanchezza | NO | SI |
| 5. Dolore alle ossa ed alle articolazioni | NO | SI |
4. Hai mai assunto sostanze medicinali per migliorare le tue prestazioni sportive? NO SI
 Quali?.....

Data,

firma.....

.....

(del genitore se minore di 18 anni)